

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

839

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Rolland MALANGE

Né le 8 Avril 1914 à Bordeaux (Gironde)

**De l'utilité de la Mensuration
du Foetus in utero
pour l'appréciation
de sa Maturité**

Président : COUVELAIRE Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

828

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Rolland MALANGE

Né le 8 Avril 1914 à Bordeaux (Gironde)

De l'utilité de la Mensuration du Foetus in utero pour l'appréciation de sa Maturité

Président : COUVELAIRE, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	HIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

VI. — AGREGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN . . .		BROCQ	
BRULE		CADENAT . . .	
CHABROL . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible témoignage d'une profonde
affection.*

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A. COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

*qui a bien voulu accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*Nous lui exprimons ici l'assurance
de notre respectueuse gratitude.*

A Monsieur le Professeur agrégé V. LE LORIER

Accoucheur des Hôpitaux

*qui nous a fait l'honneur de nous
accueillir avec la plus encourageante
bonté, nous a fourni les éléments de
cette thèse et nous a guidé dans son
exécution.*

En expression de très sincère reconnaissance.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Docteur KUSS.
Monsieur le Docteur PAISSEAU.
Monsieur le Docteur CARRIE.
Monsieur le Professeur ECALLE.
Monsieur le Docteur MICHON.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur CUNEO.
Monsieur le Professeur Marcel LABBE, *in memoriam*.
Monsieur le Docteur HALBRON.
Monsieur le Docteur BASSET.
Monsieur le Professeur RATHERY.

A MES AMIS

INTRODUCTION

Pour apprécier l'âge de la grossesse, nous ne disposons, dans l'état actuel de la science obstétricale, que de données tout à fait imprécises. Il est inutile d'insister sur la fragilité de cette base que constitue l'époque des dernières règles. De nombreux travaux et des observations plus nombreuses encore ont montré surabondamment que ce point de départ pourtant si banal est singulièrement trompeur, autant pour le diagnostic de la grossesse que pour apprécier le degré de son développement, et c'est une banalité d'énoncer que l'arrêt des règles ne prend une réelle valeur que si on le rapproche des autres données fournies d'abord par le développement de l'utérus et la coïncidence de ce développement avec le temps écoulé depuis l'arrêt des règles.

Dès que les contours du fœtus deviennent nettement perceptibles, ce qui correspond à peu près à six mois et demi à peu près de la gestation, on a sous la main un nouveau moyen de juger de l'âge de la grossesse en utilisant l'appréciation du développement fœtal.

L'expansion de l'utérus est un premier signe précocement utilisable. Les proportions du fœtus sont un autre critère des plus précieux.

En pratique, on se soucie habituellement d'apprécier le volume de l'utérus, tant par la mesure de son ascension au-dessus du pubic (hauteur utérine) que par l'amplication qu'il donne à la paroi abdominale (circonférence ombilicale), mais en général on ne se préoccupe guère de mesurer les dimensions du fœtus lui-même. Or, ainsi que M. Le Lorier l'a indiqué dans une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, on peut, en combinant diverses mensurations, arriver à seconder d'une façon suffisamment approchée l'âge probable de

la grossesse et par conséquent celui de la vie intra-utérine du fœtus avec assez de précision pour servir de guide aux interventions qui ont pour résultat de faire naître le fœtus avant l'époque de son entier développement.

Ce sont ces données très simples, d'ailleurs, qui constituent la base de notre travail.

I. — DE LA HAUTEUR UTERINE

Pour mesurer ce qu'on appelle la hauteur de l'utérus et qui est en réalité la longueur de la courbe comprenant à la fois l'utérus et la paroi abdominale, depuis le pubis jusqu'au milieu de la partie la plus haute de l'utérus, on se sert communément d'un ruban métrique dont on maintient l'origine au contact du bord supérieur de la symphyse pubienne en même temps qu'on applique ce ruban sur la peau abdominale, vis-à-vis du grand axe de l'utérus. Cet organe n'étant presque jamais dans l'axe de la cavité abdominale, c'est à gauche ou le plus souvent à droite de la ligne médiane que l'on en trouve le fond. Aussi la ligne de mensuration est-elle rarement en direction pubis appendice xyphoïde et le plus souvent fait-elle un angle plus ou moins grand de 5 à 10 degrés avec cette ligne, angle dont le sommet correspond au bord supérieur de la symphyse pubienne.

« La hauteur utérine » ainsi définie et mesurée nous donne le volume d'ensemble d'un solide complexe dans la constitution duquel prennent part :

1° Une paroi abdominale plus ou moins chargée de graisse ou plus ou moins infiltrée d'œdème, parfois épaissie par les actions de ces deux causes réunies;

2° Un utérus dont la distension est surtout due à son contenu;

3° Audit contenu qui ne se compose pas seulement du fœtus, mais encore d'une certaine quantité de liquide amniotique.

D'où il résulte que le volume utérin varie avec les dimensions du corps fœtal supposé situé, comme il est habituel, en parallélisme avec le grand axe de l'abdomen et avec la quantité plus ou moins grande de liquide amniotique, quantité qui, dans les cas d'hydramnios, peut atteindre et dépasser dix litres.

Supposons le cas le plus courant, celui où il n'y a pas excès de liquide et où la paroi abdominale ne présente ni adipose excessive, ni œdème. Dans ces conditions, la « hauteur utérine » nous donnera une représentation satisfaisante du développement fœtal. Mais, pour le dire tout de suite, cette représentation est singulièrement fallacieuse; supposons, en effet, que le bassin soit assez rétréci pour empêcher l'engagement de la tête; dans ces conditions, la hauteur utérine ira régulièrement en croissant jusqu'à la fin de la grossesse, elle pourra atteindre 36, 38, voire 40 cm. et faire croire ainsi à un fœtus de très vaste proportion, alors qu'en réalité il ne s'agira que d'un enfant de poids moyen.

Nous admettons que, dans les conditions normales, le bassin n'étant pas rétréci, la « hauteur utérine » avec un enfant de poids moyen (3 kg 250) oscille autour de 33 à 35 cm. de hauteur.

Toujours dans les mêmes conditions anormales ci-dessus, si l'on se basait sur la hauteur moyenne de 34 cm. pour fixer avant terme la date d'une opération césarienne, par exemple, à exécuter avant tout début de travail, on risquerait d'avoir la désagréable surprise de mettre au monde un enfant d'un poids nettement insuffisant.

C'est l'insuffisance de cette donnée qui a amené M. Le Lorier à la compléter par une autre : la hauteur dorsale du fœtus.

II. — LA HAUTEUR DORSALE DU FŒTUS

Nous venons de voir que pour l'évaluation de la « hauteur utérine » définie comme ci-dessus, on prend un point de repère osseux maternel : le bord supérieur de la symphyse pubienne, et, d'autre part, un point de repère mou qui appartient à la fois à la mère et au fœtus. Lorsqu'on recherche la hauteur dorsale (dans la présentation de l'extrémité céphalique), le second point de repère supérieur est toujours pris en commun à la fois sur la mère et sur le fœtus, le pôle supérieur de la matrice se confondant avec le pôle pelvien fœtal, mais l'autre point de repère est essentiellement un point de repère fœtal. Il nous est fourni par le sillon du cou. Aussi la mensuration qu'il nous donne est essentiellement une mensuration fœtale totalement indépendante du fait que la tête du fœtus est ou n'est pas engagée. Si dans l'espace de quelques heures le travail de l'accouchement se déroule, on verra d'un bout à l'autre du travail la hauteur utérine varier plus ou moins, généralement dans le sens d'une diminution continue accompagnant l'engagement de plus en plus profond de la présentation, tandis qu'au contraire la hauteur dorsale restera invariable, et ceci se comprend aisément, puisque cette hauteur représente sensiblement la distance du cou du fœtus à l'extrémité pelvienne.

Il convient donc de bien préciser comment on parviendra à reconnaître le sillon du cou qu'il est nécessaire de bien repérer.

On peut procéder de haut en bas ou de bas en haut (la présentation étant supposée celle de l'extrémité céphalique). Si l'on procède de haut en bas, on cherchera à identifier soigneusement la situation dorsale qui, dans les cas les plus fréquents, se trouve à gauche et en avant. Suivant ce plan, avec la main appliquée bien à plat, on

descendra progressivement tout le long du dos du fœtus et on arrivera bientôt dans une zone située entre l'ombilic et le pubis, à sentir une dépression très nette, plus accentuée encore si on la cherche à la hauteur de l'épaule antérieure du fœtus, assez nettement perceptible, sous forme de saillies plus ou moins rondes.

Si l'on procède de bas en haut, après avoir repéré par un palper classique les saillies frontales et occipitales, on recherche directement en avant, dans la région sus-pubienne, la saillie toujours notable que dessine la bosse frontale antérieure. En remontant au-dessus de cette saillie, les doigts s'enfoncent dans le sillon du cou. Si l'on n'a pas une très grande habitude de cette recherche, il convient de répéter à plusieurs reprises l'examen de haut en bas et de bas en haut. Après quoi, si le palper a été fait comme il se doit dans l'intervalle des contractions, on n'aura plus aucun doute sur la situation exacte de ce sillon du cou. Rien n'est plus facile que de mesurer la hauteur au-dessus du pubis avec un ruban métrique. C'est un excellent moyen d'apprécier le degré d'engagement : 2 cm. et au-dessous correspondent à un engagement profond; 4 cm., à une présentation amorcée, c'est-à-dire dont les deux bosses pariétales ont franchi, mais à peine, le détroit supérieur; 6 cm. et plus, enfin, si la présentation n'est pas engagée.

Ceci fait, partant du sillon du cou comme repère inférieur, on applique l'extrémité initiale du ruban métrique sur le sillon du cou, sur la ligne médiane jalonnée par la ligne brune maternelle et en suivant la courbure du globe utérin et son pôle supérieur, on applique sur ce pôle l'autre extrémité du ruban, on obtient ainsi ce que l'on peut appeler par convention la hauteur dorsale.

Cette hauteur dorsale peut, avec des fœtus de même poids, présenter chez des femmes différentes des variations plus ou moins importantes qui sont en rapport :

1° Avec l'épaisseur de la paroi, exactement comme

dans le cas de la « hauteur utérine » et pour les mêmes causes, infiltrations graisseuses ou infiltrations œdémateuses tantôt séparées, tantôt associées.

La laxité de la paroi abdominale, plus accentuée chez les multipares, due à la surdistension de l'abdomen avec atrophie plus ou moins marquée des tissus musculaires et aponévrotiques, est encore une cause qui, en exagérant la saillie de l'utérus en avant, augmente la longueur de la courbe de hauteur dorsale, de même qu'elle augmente la longueur de la courbe de la « hauteur utérine ».

Enfin, il faudrait un hydramnios singulièrement important pour augmenter la longueur de la hauteur dorsale, et si l'hydramnios était vraiment excessif, les contours du fœtus deviendraient assez flous pour qu'il ne soit guère possible de mesurer cette hauteur dorsale.

Il y a enfin un dernier facteur qui peut faire varier la hauteur dorsale pour des fœtus de poids égaux, c'est l'incurvation plus ou moins prononcée de la colonne vertébrale, incurvation éminemment variable, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte sur des clichés radiographiques; à un dos très incurvé correspond une hauteur dorsale faible, et cela se voit surtout chez les grandes multipares, dont la mauvaise paroi ne maintient pas le fœtus strictement érigé. Les conditions inverses s'observent chez la primipare.

Par contre, la hauteur dorsale est naturellement complètement indépendante du degré d'engagement de la tête. Comparée à la hauteur utérine, elle offre un moyen supplémentaire d'apprécier le degré d'engagement. Plus

Hu

le rapport $\frac{Hu}{Hd}$ se rapproche de l'unité, et plus l'enga-

Hd

gement est prononcé. Si, par exemple, on trouve avec une hauteur utérine de 34 cm. une hauteur dorsale de 33 cm., on pourra en déduire que la présentation est profondément engagée.

III. — LA HAUTEUR DORSALE DANS LES PRESENTATIONS AUTRES QUE CELLES DE L'EXTREMITÉ CEPHALIQUE

Tout ce que nous avons dit plus haut n'empêche pas d'utiliser la notion de hauteur dorsale dans la présentation du siège et dans la présentation de l'épaule.

..*Dans la présentation du siège.* — La recherche de cette mensuration aide singulièrement au diagnostic, puisque, pour l'effectuer, elle nécessite l'identification préalable du sillon du cou.

D'autre part, en faisant la comparaison entre la hauteur utérine et la hauteur dorsale, on est frappé par l'écart considérable qui existe entre les deux mesures.

Cet écart, qui est habituellement de 4 à 6 cm. au maximum dans les cas courants non dystociques de présentation céphalique, atteint et dépasse 10 cm. dans la présentation du siège. En effet, le sillon du cou siège au moins 10 cm. plus bas que le pôle supérieur de l'utérus et la hauteur dorsale ainsi trouvée est encore raccourcie de toute la hauteur du siège qui a pénétré dans l'excavation. C'est ainsi, par exemple, qu'avec un fœtus de poids moyen en présentation du siège, arrivé à la partie moyenne de l'excavation, on trouvera une hauteur utérine de 34 cm. pour un fœtus de poids moyen, avec une hauteur dorsale de 22 ou 23 cm. seulement.

Dans les présentations de l'épaule, on peut encore aisément, tout au moins dans les dorso antérieures, évaluer la hauteur dorsale du fœtus, mais l'expression de hauteur, qui s'appliquait jusqu'ici à un corps en attitude verticale, sonne assez faux quand il s'agit d'un corps assez oblique et même à peu près horizontal. L'expression de longueur dorsale serait certainement plus correcte.

Quant à la hauteur utérine, dans les cas de ce genre elle perd une grande partie de son intérêt quant à l'application du volume fœtal et il est préférable de faire une mensuration de suite du corps du fœtus :

- 1° Du vertex au pôle pelvien;
- 2° Du sillon du cou au pôle pelvien.

On obtiendra ainsi des mesures qui ne seront pas très différentes de celles qu'on obtient dans les présentations de l'extrémité céphalique.

IV. — OBSERVATIONS ET APPLICATIONS PRATIQUES

Les données précédentes s'appliquent surtout à la solution des problèmes suivants :

- A. — Quel est le poids du fœtus?
- B. — Ce poids est-il au-dessous de la moyenne?
- C. — Est-il au-dessus de la moyenne?
- D. — Le fœtus est-il viable?

D'après les observations de M. Le Lorier, il est possible, grâce aux deux mensurations, hauteur utérine et hauteur dorsale, de répondre à ces différentes questions avec une approximation suffisante.

On peut admettre en effet que chez une femme non obèse et n'ayant pas d'œdème de la paroi, les dimensions obtenues correspondant à un fœtus de 3 kg 500 seront de 31 cm. pour la hauteur dorsale et de 34 à 35 cm. pour la hauteur utérine.

Au-dessous de ces dimensions, avec une hauteur dorsale de 28 cm., on se trouve en général en présence d'un fœtus largement viable dont le poids sera compris entre 2 kg 500 et 3 kg. Enfin, à l'opposé, avec une hauteur dorsale de 33 cm., on arrive dans la catégorie des fœtus approchant de 4 kg dont il convient de surveiller attentivement le développement pour ne pas se trouver aux prises avec une dystocie par excès de volume généralisé du fœtus ou encore par volume excessif des épaules. S'il s'agissait d'une multipare ayant eu de grosses difficultés de cette origine lors d'un précédent accouchement, il serait parfaitement légitime de ne pas attendre ce degré de développement et de provoquer l'accouchement avec une hauteur dorsale de 31 cm. seulement.

En ce qui concerne l'exécution d'une opération césarienne, tout dépend de la conduite que l'on peut adop-

ter. Si, comme le conseillait Pinard, on veut laisser au fœtus le bénéfice d'un développement intégral, peu importe les dimensions intrinsèques qu'il présente, mais par contre, si, pour telle ou telle raison, on préfère opérer au jour et à l'heure choisis avant tout début de travail et avec des membranes intactes, on pourra fort bien entreprendre l'intervention à partir du moment où la hauteur dorsale aura atteint 30 cm. On sera à peu près sûr d'avoir un enfant d'un poids supérieur à 3 kg.

Enfin, dans certains cas de néphrites chroniques ou de néphroses granoliques, il arrive que la question d'un accouchement prématuré se pose en présence de complications menaçantes, oculaires ou hypertensives par exemple; il convient dans ces cas de retarder l'intervention jusqu'à ce que le fœtus ait au moins 26 ou 27 cm. de hauteur dorsale.

V. — LES MENSURATIONS NE DISPENSENT PAS D'UN PALPER MINUTIEUX

Nous n'avons pas la prétention d'écrire que les mensurations utérines et fœtales sont appelées à dicter l'opportunité de toutes les interventions envisagées; elles ne sont tout au plus dans l'ensemble de l'examen clinique que des données supplémentaires utiles et commodés, mais nullement impératives. Elles comportent d'ailleurs, comme toutes les données cliniques, une marge d'erreurs possibles dont nous avons, chemin faisant, signalé les principales causes. Il faut donc ne pas perdre de vue que les conditions mêmes de ces mensurations leur enlèvent beaucoup de précision; aussi est-il nécessaire dans tous les cas de compléter les données qu'elles peuvent fournir en palpant minutieusement le fœtus. C'est en somme dans un palper méthodique et par comparaison avec des faits qu'on aura eu occasion d'observer antérieurement, qu'on pourra se permettre de prendre avec sérénité les décisions nécessaires, décisions pour la prise desquelles les mensurations, tout utiles qu'elles soient, n'ont jamais qu'une valeur d'appoint.

CONCLUSIONS

1° On peut, par la mensuration comparée de la hauteur utérine et de la hauteur dorsale du fœtus, se faire une opinion très approchée du poids de ce dernier.

2° Lesdites mensurations ne sont qu'un temps du diagnostic et du pronostic qui doivent s'appuyer sur un palper précis, méthodique et approfondi.

3° Comme toutes les données cliniques, les mensurations sont sujettes à des variations en plus ou en moins et à des causes d'erreurs qui peuvent en fausser les résultats et dont il faut se garder.

4° Sous cette réserve, elles peuvent rendre service toutes les fois qu'il s'agit d'interrompre une grossesse, soit par opération césarienne, soit par les voies naturelles.

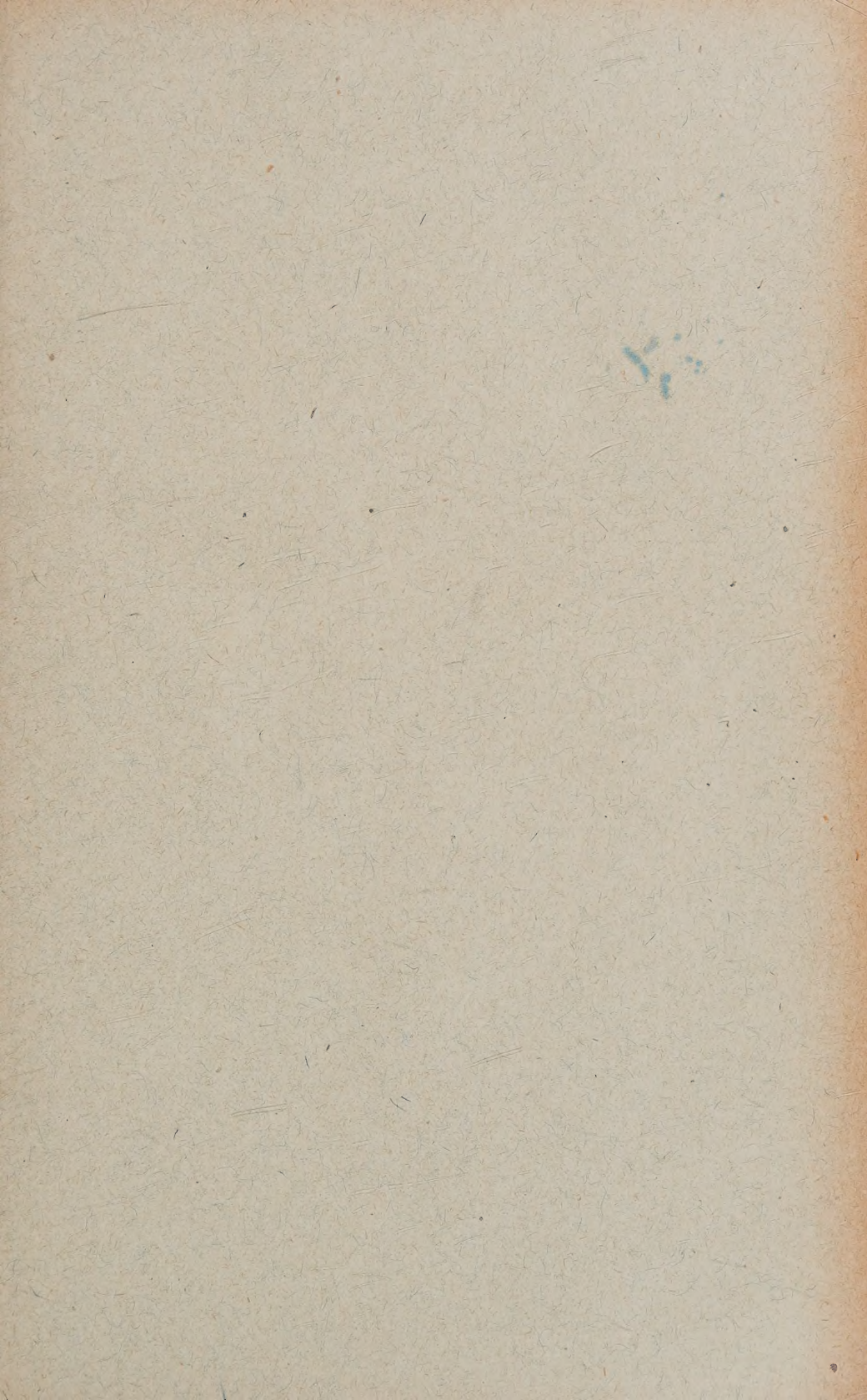
Vu le Doyen :
TIFFENEAU,

Vu le Président de thèse :
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

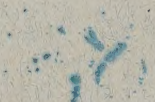
G. ROUSSY.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNUAIRE

1885



ANNUAIRE

ANNUAIRE

ANNUAIRE